



**IKATAN DOKTER INDONESIA**  
**CABANG KODYA/KABUPATEN JAKARTA UTARA**

**Wilayah DKI JAKARTA**

Jl. Boulevard Timur Raya, Jakarta 14250 Telp/Fax (021) 4515442

Fax. (021) 4520578

**FORMULIR PENDAFTARAN ANGGOTA BARU/DAFTAR ULANG/MUTASI \*)**

Dengan hormat,

Bersama ini saya mengajukan permohonan mendaftar baru/daftar ulang/mutasi\*) sebagai anggota IDI dan saya bersedia mentaati AD/ART IDI dan ketentuan-ketentuan organisasi IDI.

Adapun data-data mengenai diri saya sbb : **(ISI DENGAN HURUF BALOK)**

1. Nama Lengkap
2. Warga Negara  Wanita  Pria
3. Agama
4. Tempat Lahir  Tgl/Bln/Thn
5. Alamat Rumah   
Kota   
Kodya/Kab \*)  Hp.
- Kode Pos  Telepon  -
6. Alamat Praktek   
Kota   
Kodya/Kab \*)
- Kode Pos  Telepon  -
7. Alamat Kantor   
Kota   
Kodya/Kab \*)
- Kode Pos  Telepon  -
8. Jabatan di Kantor .....
9. Guru Besar/Prof : Ya  Tidak  Gelar Akademik Tertinggi  S1  S2  S3
10. Ijazah D.U di FK. Univ   
Tgl/Bln/Thn

11. Ijazah Sp/S2 di FK. Universitas

Tgl/Bln/Thn

12. Ijazah Spesialis..... Spesialis Konsultan Ya  Tidak

13. Ijazah Dokter di Univ.

Tgl/Bln/Thn

14. Nama Suami/Istri \*)

15. Sudah pernah menjadi anggota/mutasi dar IDI Cabang ..... Tahun .....

NPA.IDI Pusat

(diisi oleh Pengurus Besar IDI)

Hormat saya,

Mengetahui / Menyetujui  
Pengurus IDI Cabang Jakarta Utara

Mengetahui / Menyetujui  
Pengurus Besar IDI

(.....)  
Tanda tangan>Nama Jelas

(.....)  
Tanda tangan>Nama Jelas

(.....)  
Tanda tangan>Nama Jelas

Catatan IDI Cabang

Catatan PB IDI

- Lampiran : 1. Pas foto berwarna ukuran 2x3 4 lembar  
2. Fotocopy KTP 2 lembar  
3. Fotocopy Ijazah Dokter Umum 2 lembar  
4. Fotocopy Ijazah Dokter Spesialis 2 lembar  
5. Surat Keterangan Pindah Cabang 2 lembar  
6. Fotocopy STR 2 lembar

\*) coret yang tidak diperlukan